

Réception du LUNDI au VENDREDI de 8 H – 19 H

Suivi Infection à V.I.H. (Prélèvement Hors CHU de Nantes)

PATIENT

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

Adresse :

**IDENTIFICATION
ETABLISSEMENT
EXTERIEUR**

IDENTITE PATIENT

LABORATOIRE

Mentions obligatoires concernant le prélèvement :

Prélevé le / / à h

Nom du préleveur :

Nom du prescripteur :

Nature : Condition : à + 4°C ou si > 24h congelé à - 20°C

- Plasma : 3 Aliquots de 1.2 ml
- Tube sang total EDTA (5ml)
- Culot globulaire
- LCR

Tél :

ANALYSES A EFFECTUER

ARN : SUR PLASMA OU LCR

ADN : SUR SANG TOTAL (⚠ Structure PCR)

HIVQ1 : Charge Virale VIH 1

HIRADN : Génotypage - RT/Protéase – INT

HIVR : Génotypage - RT/Protéase - sous type viral

↳ Séquence complémentaire :

↳ Séquences complémentaires :

**HIVTRO (Genotropisme gp 120)
(CCR5-CXCR4)**

HIVINT (Intégrase)

INTADN (Intégrase ADN seule)

**HIVTRO (Genotropisme gp 120)
(CCR5-CXCR4)**

HIVPQ : Quantification ADN proviral (Réservoir)

INTARN (Intégrase plasma seule)

Justifier le contexte :

PATIENT SOUS TRAITEMENT : Non Oui

Cadre réservé au CRTE HD

Nombre de tubes ou aliquots reçus	Heure de prise en charge à la réception	Date et heure de stockage	Initiales
		<input type="checkbox"/> + 4°C <input type="checkbox"/> - 80°C	